

**RICHIESTA ABILITAZIONE MEDICO  
SPECIALIZZANDO PER L'ACCESSO ALLA  
DOCUMENTAZIONE CLINICA**

Al Direttore Sanitario

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Direttore della S.C./Responsabile della S.S.D. \_\_\_\_\_

In riferimento al Decreto Legislativo n. 368/199 e successive modifiche, al contratto dei medici in formazione specialistica di cui al DPCM del 6 luglio 2007, alla D.G.R. IX/1053/10 ed in accordo con la Direzione della Scuola conferisce al/alla Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_specializzando /a iscritto/a al \_\_\_\_\_

Anno della Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_

presso l'Università di Roma "Sapienza" i seguenti privilegi sotto la responsabilità del tutor Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Accesso in lettura a tutta la documentazione informatizzata e cartacea

**Accesso in scrittura alla seguente documentazione informatizzata e cartacea:**

Diario Clinico Assistenziale

Inquadramento clinico (foglio di ingresso, anamnesi, esame obiettivo)

Foglio di trasferimento

Visite parere/Consulenze (con affiancamento e sottoscrizione del tutor/Medico strutturato)

Visite parere/Consulenze

Foglio unico di Terapia Generica (con sottoscrizione del Tutor/Medico strutturato)

Foglio Unico di Chemioterapia (con sottoscrizione del Tutor/Medico strutturato)

Valutazione anestesiologicala (con sottoscrizione del Tutor/Medico strutturato)

Verbale operatorio/Procedura interventistica (con sottoscrizione del Tutor/Medico strutturato)

Referti relativi alla specialità frequentata (con sottoscrizione del Tutor/Medico strutturato)

Lettera di dimissione (con sottoscrizione del Tutor/Medico strutturato)

Relazione Clinica Ambulatoriale (con sottoscrizione del Tutor/Medico strutturato)

Verbale del Pronto Soccorso (con esclusione della firma di chiusura del verbale)

Documentazione specialistica specifica della Struttura

Roma, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Firma

\_\_\_\_\_